

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par M^{lle} H. GOTCHALKOWSKY

Née prop. Malgoff (Pologne russe), le 18 mars 1888

RESULTATS ÉLOIGNÉS

DES

HYSTÉROPEXIES ABDOMINALES

FAITES A L'HOPITAL COCHIN DE 1900 A 1917

Président : M. le Professeur PIERRE DELBET

PARIS

IMPRIMERIE DE J. DUMOULIN

5, rue des Grands-Augustins, 5

1917

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Assesseur	G. POUCHET
Professeurs	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutiques générales.	ACHARD.
Pathologie médicale	} WIDAL. TEISSIER. LEJARS. LETULLE. PRENANT.
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique.	
Histologie	
Opérations et appareils.	
Pharmacologie et matière médicale	AUG. BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale	} DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD. HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies du système nerveux	N.
Clinique chirurgicale.	GAUCHER.
Clinique ophtalmologique.	P. MARIE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	} PIERRE DELBET. QUENU.
Clinique d'accouchements.	
Clinique gynécologique.	N.
Clinique chirurgicale infantile.	HARTMANN.
Clinique thérapeutique.	De LAPERSONNE.
Hygiène clinique de la première enfance.	LEGUEU.
	} BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.
	MARFAN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE.	GUILLAIN.	LÉRI.	RICHAUD.
BERNARD.	JEANNIN.	LOEPER.	ROUSSY.
BRANCA.	JOUSSET (ANDRÉ)	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	LABBÉ (HENRI).	MOCQUOT.	SAUVAGE.
CAMUS.	LAIGNEL-LA-	MULON.	SCHWARTZ (A.).
CASTAIGNE.	VASTINE.	NICLOUX.	SICARD.
CHAMPY.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TANON.
CHEVASSU.	LECENE.	OKINCZYC.	TERRIEN.
DESMAREST.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
GOUGEROT.	LENORMANT.	RATHERY.	VILLARET.
GREGOIRE.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
GUENIOT.	LEREBoullet.	RIBIERRE.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE STEPHAN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Pierre DELBET

Hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. le Professeur GILBERT

M. le Professeur agrégé MÉNETRIER

M. le Professeur agrégé MACAIGNE

M. le Professeur agrégé THIERRY

M. le Docteur POTHERAT

M. le Professeur SCHWARTZ

A la mémoire du Professeur SECOND

Au moment de terminer mes études, je suis heureuse de l'occasion qui m'est offerte de remercier mes maîtres dans les hôpitaux qui m'ont prodigué leurs conseils. Je suis particulièrement reconnaissante à M. le Professeur Schwartz qui m'a fait l'honneur de m'accueillir comme interne auxiliaire dans son service et qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES HYSTÉROPEXIES ABDOMINALES

faites à l'Hôpital Cochin de 1900 à 1917

INTRODUCTION

Beaucoup de travaux ont été déjà faits sur le traitement chirurgical de la rétrodéviation utérine.

Cette question si importante a soulevé beaucoup de discussions et inspiré plusieurs modes opératoires. L'un d'eux, ligamentopexie de Richelot-Doléris, qui est vraiment digne d'attention par son procédé simple et bénin et d'autant plus par ses résultats éloignés excellents, semblait dans ces dernières années avoir réuni à peu près tous les suffrages, quand de nouveau s'élevèrent des objections. Aussi notre maître, M. le docteur Schwartz, nous a-t-il vivement conseillé de publier de nombreuses observations réunies dans son service de Cochin depuis dix-sept ans. Observations très intéressantes et instructives, par le fait que les femmes ont été revues et suivies longtemps après leur opération.

M. J.-L. Faure a eu la bonté de s'intéresser à nous et de nous donner aussi un grand nombre d'observations prises dans son service de Cochin, ce dont nous le remercions bien vivement.

Nous avons essayé, dans ce travail, de montrer combien les résultats éloignés de l'opération de Richelot-Doléris sont excellents et permettent de penser que ce procédé est vraiment un procédé de choix.

Nous prions notre Maître, M. le docteur Schwartz, de bien vouloir accepter l'assurance de notre gratitude, pour les conseils éclairés qu'il eut la bonté de nous donner pour l'établissement de ce travail.

LA RÉTRODÉVIATION UTÉRINE

La rétrodévation utérine est une affection assez fréquente, surtout la rétroversion-flexion.

L'utérus étant maintenu par le plancher pelvien et soutenu par les ligaments ronds, utéro-sacrés, il ne suffit pas de le retenir dans la position physiologique qui est l'antéversion.

L'utérus se déplace sous l'influence de la vacuité et de la réplétion des organes creux, qui sont en avant la vessie, en arrière le rectum. Que l'un de ces déplacements, au lieu d'être transitoire, devienne permanent, donc pathologique, on a une déviation de l'utérus en avant, *antéversion*, ou en arrière, *rétroversion*.

Sänger rapporte sur 700 malades 108 cas de rétro-déviation. Winkel, Löenlhein, donnent 18 p. 100. P. Delbet donne une moyenne encore plus considérable, 25 p. 100.

C'est surtout aux ligaments ronds qu'incombent la responsabilité de ramener l'utérus en antéversion.

P. Delbet¹, notamment, a attiré l'attention sur ces ligaments qui paraissent si fragiles : « Ces ligaments

1. DELBET. *Traité de chirurgie*.

sont beaucoup plus résistants qu'il n'est nécessaire pour agir sur l'utérus, ils sont formés de fibres musculaires et ce sont eux qui ramènent en avant le fond de l'utérus, quand la vessie est vide. »

Ces ligaments formés par des faisceaux de fibres lisses, comprennent deux segments : l'un, intrapelvien, qui naît dans la partie antérieure et latérale de l'utérus, un peu au-dessous de la trompe; il se porte obliquement en avant et dehors vers l'orifice profond du canal inguinal; là on a le segment extrapéritonéal, lequel se termine dans les grandes lèvres. Les ligaments ronds mesurent 12 centimètres et leur deux segments extrapéritonéal et intrapéritonéal sont d'inégale valeur; tandis que dans leur trajet intrapelvien les ligaments ronds sont épais, facilement reconnaissables, dans leur segment extrapelvien ils se résolvent en de nombreux filaments, qui divergent à l'épine pubienne et dans la couche cellulo-adipeuse du mont de Vénus et des grandes lèvres.

Dans cette partie, ils sont minces et parfois peuvent manquer soit par atrophie, soit par dégénérescence graisseuse.

De cette disposition anatomique, on peut tirer la conclusion pratique que le meilleur procédé chirurgical sera celui qui, en fixant ces ligaments ronds pour ramener l'utérus dans sa position normale, utilisera leur segment intrapelvien solide et résistant.

La position vicieuse de l'utérus, quand son axe forme un angle ouvert en arrière, le fond utérin se plaçant

dans le cul-de-sac de Douglas, peut être due à beaucoup de causes.

Les rétroversions utérines peuvent être *congénitales* ou *acquises*.

La *rétroversion congénitale* est rare, mais Martin cite 8 cas. La rétroflexion primitive reconnaît pour cause un vice de développement de l'utérus. La persistance de l'état infantile du col, avec brièveté de vagin, immobilise le segment inférieur de l'utérus et ne lui permet pas de se porter en avant, comme il devrait le faire, dans son développement normal. Qu'une brièveté exagérée de la paroi vaginale antérieure, ou un défaut de souplesse de l'utérus le maintiennent en position droite, la pression abdominale l'a bientôt incliné en arrière et la flexion ne tarde pas à se produire.

La *rétroréversion acquise* est beaucoup plus commune. Elle a presque toujours pour l'origine deux grandes causes : la puerpéralité et les inflammations périutérines.

La puerpéralité agit en affaiblissant le plancher pelvien : le périnée relâché, les ligaments sont affaiblis, l'utérus gros et congestionné, étant en subinvolution, se porte en arrière et les efforts, la pression abdominale tendent à le refouler de plus en plus; la position vicieuse de la rétroversion est constituée.

La rétroflexion lui succède bientôt, à cause de la flexion du fond utérin sur le col, mieux fixé au niveau de l'isthme.

On a noté des cas de rétroflexions imposées par des conditions anatomiques de voisinage, et, une fois celles-ci supprimées, l'utérus reprend brusquement sa forme nouvelle, comme mû par un ressort. Ces cas étaient rapportés par notre maître M. le docteur Schwartz¹.

La rétrodéviation est tout d'abord mobile, mais bientôt aux lésions traumatiques consécutives à l'accouchement et aux avortements s'ajoute l'inflammation du péritoine qui recouvre l'utérus; il y a formation de brides fibreuses, filamenteuses qui enchaînent en arrière la matrice, qui dans la plupart des cas, est atteinte de métrite parenchymateuse.

Les annexes sont enflammées et tombent dans le cul-de-sac de Douglas, en déterminant des phénomènes douloureux et en augmentant encore la rétroflexion utérine, parce qu'ils deviennent adhérents eux-mêmes.

De cette façon se constituent les rétrodéviations adhérentes.

Après des accouchements répétés, la position vicieuse s'aggrave singulièrement; la subinvolution loin de se corriger s'accroît, les ligaments s'affaiblissent, le relâchement du tissu fibreux gagne les aponévroses périnéales et souvent la rétroflexion se complique du prolapsus utéro-vaginal en constituant les « rétrodéviations complexes ».

Au point de vue clinique, les symptômes varient

1. SCHWARTZ. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1894, p. 276.

essentiellement avec le stade de la position vicieuse de l'utérus.

LA RÉTROFLEXION CONGÉNITALE peut rester latente jusqu'à puberté; parfois, elle donne lieu à la dysménorrhée, aux hémorragies qui alternent avec des pertes blanches.

LA RÉTROFLEXION ACQUISE n'est jamais silencieuse.

La pesanteur à la partie inférieure du rectum, des douleurs dans la région lombaire, au périnée sont accusés par des malades.

Elles éprouvent une gêne pour les déplacements.

La présence de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas gêne le rectum et tend à exagérer la constipation, qui est parfois opiniâtre. La dysurie, la cystalgie s'observent assez fréquemment.

Les troubles de la menstruation, qui durent plus longtemps, anémient les malades.

La leucorrhée est abondante, blanche, franchement purulente parfois.

La métrite, complication banale de la rétroflexion, l'accumulation des sécrétions dans la partie déclive de l'utérus, donne de l'acuité et de la persistance aux symptômes de la rétroflexion utérine.

Très anémiées, les malades accusent des douleurs gastralgiques, de la céphalée, des névralgies diverses; ces femmes sont de véritables infirmes.

Au point de vue obstétrical, la rétrodéviation utérine

donne lieu aux avortements répétés. Pendant les accouchements, on a signalé des complications graves, comme l'incarcération de l'utérus gravide, qui, enclavé dans le pelvis, comprime la vessie et le rectum ; on a observé parfois la rétention d'urine, ou une véritable obstruction intestinale.

La rétroflexion prédispose à la stérilité. Marion Sims¹ note sur 255 femmes mariées 111 cas de stérilité par suite de la rétroversion.

Abandonnée à elle-même, la position vicieuse de l'utérus n'a aucune tendance à la guérison, étant une lésion incurable, donnant des douleurs vives aux malades, prédisposant les femmes à la stérilité et aux complications sérieuses pendant les accouchements, les rétrodéviations doivent être traitées le plus tôt possible et de la façon la plus efficace.

DIAGNOSTIC

Quels sont les éléments de diagnostic de rétrodéviation utérine ?

Pour un observateur expérimenté, le diagnostic est assez facile à faire.

La femme étant dans la position gynécologique, on explore le cul-de-sac antérieur.

1. SIMS. *Chirurgie utérine*.

Le doigt vaginal va à la recherche du col, et alors, en cas de rétroversion, le col est situé très haut, tandis que la main abdominale constate l'absence du corps utérin en avant.

Le doigt ramené dans le cul-de-sac postérieur sent le corps utérin qui, dans le cas de rétroversion, se prolonge sans angle de flexion avec le col; dans le cas de rétroflexion, il y a une coudure du corps sur le col et le doigt apprécie un sillon profond qui sépare le corps utérin du col.

Là où le diagnostic devient délicat, c'est quand il y a adjonction d'une autre lésion : fibrome, tumeur ovarienne ou tubaire, les annexes prolabées.

Le Dentu donne un signe distinctif du corps utérin prolabé; c'est la crête médiane postérieure qu'on sent.

Dans le cas de fibrome, par le cathétérisme utérin, on se rend compte que la direction de la matrice est normale, le corps utérin est en avant et enfin il n'y a pas de continuité entre la tumeur sentie en arrière et le col.

Parfois, on arrive à mobiliser le fibrome; alors on a la sensation d'un corps surajouté au corps utérin lui-même.

Les annexes prolabées seront diagnostiquées par une douleur exquise réveillée à ce niveau et même, quand le cas est délicat, on pourra toujours affirmer qu'il ne s'agit pas de la rétrodéviation, étant donné la direction normale de l'utérus et la présence du corps utérin en avant au lieu d'être dans le cul-de-sac de Douglas.

La rétrodéviatiou étant reconnue, il s'agit de la traiter, parce que c'est une affection essentiellement chronique qui s'aggrave de plus en plus, étant une source de malaise pour les femmes.

Elle les expose à des crises douloureuses fréquentes, compromet les fonctions génitales, provoque des ménorragies, des irrégularités menstruelles.

La rétrodéviatiou utérine retentit de la façon la plus fâcheuse sur la santé générale, sur le système nerveux et conduit souvent les malades à la neurasthénie.

Les chirurgiens de tous les temps se sont préoccupés de trouver les moyens de traitement pouvant satisfaire aux conditions suivantes : réduire l'axe utérin, en mettant l'utérus dans sa position normale, ce moyen doit être *efficace, inoffensif et bénin*.

Évidemment les procédés dits : « moyens de douceur » peuvent être appliqués ; ils paraissent être efficaces et ne causent pas de préjudice aux malades, mais on ne peut pas toujours les adopter.

Lorsqu'on est en présence d'un utérus souple, mobile, non adhérent, il n'y a aucun inconvénient de tenter la réduction par le procédé bimanuel.

Après avoir placé la femme dans la position de Sims ou sur le dos, on introduit l'index et le médius dans le vagin, une pression lente et douce repousse le corps utérin vers le promontoire ; au moment où il dépasse l'entrée du bassin, la main droite déprime la paroi abdominale entre l'ombilic et le pubis et reçoit le fond de l'organe qu'elle ramène en avant, pendant que les

doigts vaginaux exercent sur la lèvre antérieure du col une pression en haut et en arrière.

La manœuvre est assez facile à exécuter lorsque la déviation est récente, mais l'utérus étant fixé dans le cul-de-sac de Douglas, par des adhérences, le massage, le mouvement de pression sont impuissants à le dégager. Aussi Schultze¹ n'hésite pas à conseiller d'opérer la réduction sous le chloroforme, soit au moyen des doigts, soit en se servant d'instruments.

Voilà sa technique : la malade endormie, on introduit l'hystéromètre en arrière dans la cavité utérine, on imprime au manche un mouvement de rotation en avant, en ramenant le fond de l'utérus à sa place normale. Trélat se servait d'un redresseur spécial pour cette manœuvre.

Cette méthode peut être essayée, mais étant aveugle on s'expose à avoir des déchirures ou des épanchements qui peuvent passer inaperçus aux premiers moments, puis donner des accidents graves.

Treub² signale un cas où, en essayant de faire une réduction de l'utérus rétrofléchi, il rompit le cul-de-sac postérieur, les anses intestinales vinrent prolaber dans le vagin.

Ce moyen, avec une sonde ou hystéromètre, doit être complètement délaissé dans les cas des réflexions irréductibles.

Une fois la réduction obtenue, il s'agit encore de la

1. SCHULTZE. *Déviation utérines.*

2. TREUB. *Société de gynécologie hollandaise*, 1891.

maintenir, parce que l'utérus ne tarde pas à reprendre son attitude vicieuse.

Ces moyens de contention sont les pessaires.

On recourt habituellement à celui de Dumontpallier ou de Hodge à double courbure, ou à celui de Gaillard Thomas.

Les pessaires de Schultze et de Lantovsky en 8 de chiffre peuvent être maniés d'après les dimensions du vagin.

En général, il faut avoir un pessaire en caoutchouc ou en aluminium; il sera choisi de telle façon qu'il ne soit ni trop petit — il ne servirait à rien — ni trop grand — il serait intolérable. Son introduction est simple; la femme étant couchée sur le dos ou dans la position de Sims, on place le pessaire de Hodge parallèlement à la fente vulvaire; une fois dans le vagin, on fait décrire au pessaire un mouvement de rotation qui permet d'appliquer la concavité en avant, son extrémité la plus large tout au fond du cul-de-sac vaginal postérieur, de manière à refouler le fond de l'utérus en avant, tandis que son extrémité inférieure s'appuie sur la symphyse pubienne. Il faut s'assurer que l'utérus est bien en place, qu'il embrasse nettement le col et ne cause aucune gêne à la malade.

Comme un moyen palliatif, on peut bien employer ce procédé plutôt médical que chirurgical, mais il faut se rappeler qu'une antisepsie rigoureuse doit être employée, sinon les pessaires irritent la muqueuse, provoquant une sécrétion abondante.

Lorsqu'on les laisse longtemps dans le vagin, ils peuvent déterminer des ulcérations, des perforations, et les pessaires oubliés peuvent amener la mort par cachexie en épuisant la malade par une suppuration abondante et continue.

En somme comme Richelot¹ le déclare : « Le pessaire est un palliatif qui soulage, mais ne guérit pas ; c'est un assujettissement, une infirmité nouvelle qui remplace l'autre, et il faut que la chirurgie soit bien timide ou bien mal installée pour retenir ce moyen d'un autre âge. »

Donc, dans les cas de retrodéviation mobiles, réductibles, n'ayant d'autre moyen sous la main, la réduction bimanuelle peut être tentée et maintenue par le pessaire.

Tous ces « moyens de douceur » doivent être absolument abandonnés dans les cas de retrodéviation utérines adhérentes, irréductibles ; alors il faut s'adresser aux moyens chirurgicaux.

Les moyens chirurgicaux qui ont été proposés et mis en œuvre pour remédier aux retrodéviation utérines sont extrêmement nombreux, mais ils sont d'une valeur très inégale.

Ils diffèrent les uns des autres dans un point essentiel ; tandis que dans le premier groupe on agit sur le corps utérin lui-même, en le fixant soit à la paroi abdominale antérieure, soit au vagin ; or, dans le deuxième groupe, on agit sur les ligaments utérins.

1. RICHELOT. *Société de gynécologie*, séance du 6 avril.

Nous décrirons sommairement la plupart d'entre eux avant de les comparer et d'étudier les résultats éloignés de chacun. Celui qui sera moins traumatisant, plus efficace et rapide, doit être employé de préférence aux autres.

HYSTÉROPEXIES

L'hystéropexie a joué pendant longtemps de la faveur qui s'attache aux opérations nouvelles.

Köeberlé l'avait exécutée le 27 mars 1869 chez une femme présentant des symptômes d'occlusion interne produits par une rétroversion utérine. Il a conçu l'idée d'aller, après laparotomie, lever l'obstacle au cours des matières, redresser l'utérus et le fixer à la paroi abdominale pour l'empêcher de retomber en arrière.

Mais ce n'est qu'en 1877 qu'elle fut exécutée par Sims, puis par Lawsen-Tait en 1880. Depuis cette époque elle fut très souvent exécutée. Kelly, Sānger Czerny publient successivement leurs observations.

En France, Terrier fut le premier à faire l'hystéropexie. Le 13 mars 1881, il pratiquait la première. Depuis lors, elle fut faite très souvent, trop souvent même, beaucoup plus que dans les dernières années, où divers inconvénients qu'on lui a reconnus l'ont fait abandonner par beaucoup de chirurgiens.

Le ventre ouvert, la fixation peut se faire de plusieurs façons qui ne diffèrent bien souvent que par d'insignifiants détails.

Terrier passait comme Czerny un certain nombre

des soies faufilees sur la face antérieure de l'utérus et nouées dans la lèvre de la plaie.

Legueux fixe l'utérus par trois fils de soie doublés dont les deux chefs sont de chaque côté passés dans les tissus et noués l'un à l'autre. En somme tous ces procédés donnent un résultat identique, l'accolement, la fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

Mais on s'aperçut rapidement que l'hystéropexie abdominale présentait au point de vue de la grossesse de sérieux inconvénients. La fixation de l'utérus au niveau de sa face antérieure et près du fond, empêche son libre développement, provoque des tiraillements, des avortements et prédispose aux présentations vicieuses par inclinaison de l'axe utérin. Des hémorragies de la délivrance ne sont pas rares, par obstacle à la rétraction.

La statistique de Ch. Noble¹ est instructive à ce point de vue. Sur 213 cas de grossesse survenue après l'hystéropexie abdominale, il note :

Sont arrivés à terme	177
Avortements	23
Accouchements prématurés	7
Délivrances artificielles	15
Versions	5
Opérations de Porro	10
Opérations césariennes	3
Rétentions placentaires	2

En Europe, sur 175 cas de grossesse survenue après

1. Ch. NOBLE. *American Journal of obstetrique.*

l'hystéropexie abdominale, on a observé les faits suivants :

Avortements	17
Travail prématuré.	7
Extractions artificielles.	2
Forceps	5
Opérations césariennes	3

Parmi les dix-huit cas dans lesquels les chirurgiens durent intervenir, trois fois la mère succomba.

On a tenté d'introduire la fixation vaginale de l'utérus. C'est Amussat¹, en 1850, qui a proposé dans les versions de cautériser au fer rouge le côté opposé à la déviation, de manière à produire une bride cicatricielle qui pût basculer l'organe.

Dührssen, en 1890, et Mackenrodt, en 1895, préconisent leur procédé de vagino-fixation. Le Dentu et Pichevin, en France, ont modifié notablement leur technique en l'améliorant.

Le principe des opérations vaginales est des plus simples. Il s'agit d'aller par le cul-de-sac antérieur du vagin fixer la paroi antérieure de l'utérus à la partie supérieure du vagin.

Le procédé de Le Dentu-Pichevin est le suivant ; grâce à une incision plus grande du vagin, on se rend bien compte de ce que l'on fait :

La malade étant dans la position gynécologique et le col étant attiré vers le bas, la paroi vaginale antérieure est incisée sur presque toute sa longueur, depuis la

1. AMUSSAT. *Comptes rendus à l'Académie des sciences*, 1850.

région urétrale, jusqu'à la lèvre antérieure du col. Le vagin est alors séparé de la vessie sur toute la hauteur de cette incision et sur une largeur de 2 centimètres environ de chaque côté. Cette dissection est délicate et expose à la blessure de la vessie. Lorsque celle-ci est bien isolée du vagin, on la sépare du col utérin en dissociant avec le doigt la couche celluleuse qui les unit et on arrive ainsi jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal, que l'on ouvre.

Il est alors facile, surtout si l'on porte l'utérus en avant, au moyen d'une pince intra-utérine appropriée, d'explorer la face antérieure de l'utérus et de placer sur elle immédiatement au niveau de l'isthme et au-dessus de lui *quelques fils verticaux* destinés à attirer vers le bas la face antérieure de l'utérus et à le faire basculer. On place alors une série de fils transversaux qui intéressent à la fois les deux lèvres de l'incision vaginale et la face antérieure de l'utérus dans laquelle ils pénètrent à 5 millimètres de profondeur.

Ces fils sont placés aussi près que possible du fond de l'utérus et étagés sur toute la face antérieure, de sorte que lorsque les sutures sont faites, le fond utérin est fixé à la partie inférieure de la paroi vaginale antérieure et l'isthme dans sa partie supérieure.

Ce procédé est efficace, mais il présente des inconvénients très graves. Difficulté de l'exécution, blessure de la vessie presque inévitable, l'opération est aveugle, les annexites ne peuvent pas être traitées, l'utérus gravide se développe mal.

Vilde et Straussmann, en 1895, rapportent 6 cas de douleurs abdominales au niveau de la cicatrice, 1 cas de rupture utérine, 27 p. 100 d'avortements.

Rieck donne, de 1895 à 1903, 11 cas de section césarienne nécessitée par la vagino-fixation.

Rühl, en 1896, fait paraître la statistique portant sur 235 vagino-fixations, dont 12 ont été suivies de grossesse, 3 versions étaient indispensables et 2 opérations césariennes étaient faites.

Ces dangers ont été sérieusement atténués par l'adoption de l'HYSTÉROPEXIE BASSE.

Le procédé de l'hystéropexie basse ou *hystéropexie isthmique* a été exécuté pour la première fois par M. le Professeur P. Delbet et décrit par son interne Caravan, en 1907.

Ce procédé, très élégant et très ingénieux, remédie sérieusement aux rétrodéviations utérines.

Notamment, sur 23 observations rapportées par P. Delbet, 10 femmes ont eu des grossesses et des accouchements parfaitement bien terminés. Les douleurs, les dysménorrhées passent et l'utérus est dans sa position physiologique normale.

Ce procédé est simple et efficace. La femme étant dans la position gynécologique, M. P. Delbet, après une laparotomie, passe le fil le plus élevé à la partie supérieure de l'isthme de l'utérus, ou sur la portion du corps très voisine de l'isthme. C'EST UNE HYSTÉROPEXIE ISTHMIQUE.

En cas d'annexites, elles sont traitées d'une façon appropriée.

Ceci fait, la main gauche saisit l'utérus par son fond et exerce sur lui une légère traction qui découvre la partie la plus déclive du cul-de-sac vésico-utérin; au ras du cul-de-sac, on pique avec une aiguille de Reverdin courbe, qui pénètre à 1 centimètre de la ligne médiane et chemine transversalement sur une longueur d'environ 2 centimètres. Il faut prendre une bonne épaisseur du muscle pour éviter sa déchirure. Les premières fixations étaient faites à la soie.

Depuis dix années, on emploie le catgut fort.

Ce fil étant déjeté vers le pubis, on place le deuxième catgut à 1 centimètre ou 2 centimètres plus haut en prenant la même épaisseur du tissu utérin. Dans le cas de très gros utérus, on *place trois fils*.

Il reste à passer les fils dans la paroi abdominale.

Après avoir déterminé à quelle hauteur il faut les placer, l'opérateur enfonce l'aiguille au niveau où les fils utérins correspondent à la paroi abdominale, l'aiguille chemine dans l'aponévrose à 1 centimètre et demi environ de la section; il traverse cette aponévrose, le bord interne du muscle droit et le péritoine. L'aide charge l'aiguille qui ramène successivement les deux chefs droits des fils.

La même manœuvre est exécutée du côté opposé.

L'opérateur prend le fil supérieur, l'aide, l'inférieur, et tous les deux en même temps font un demi-nœud à leur fil.

Pour éviter que l'utérus abandonné à lui-même retombe dans le petit bassin, l'aide maintient serré le demi-nœud inférieur pendant que l'opérateur complète le nœud supérieur.

Puis l'aide complète le nœud du fil inférieur. Maintenant, en définitive, l'utérus est fixé à la partie correspondante de la paroi suturée, le surjet péritonéal est appliqué. Avant de terminer la fermeture du péritoine, on en fait un lavage au sérum chaud. Le surjet aponévrotique se continue par-dessus avec les fils qui ont fixé l'utérus; suture cutanée aux fils ou crins de Florence, puis fermeture de la paroi abdominale.

C'est donc une suture au niveau de l'isthme, immédiatement au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, en un point qui en cas de grossesse correspond au segment inférieur de l'utérus.

Cette opération a des indications spéciales que nous n'avons pas à préciser ici, notre but étant surtout de donner les résultats des ligamentopexies pratiquées à l'hôpital Cochin.

LIGAMENTOPEXIES

Le raccourcissement des ligaments ronds par la VOIE EXTRA-PÉRITONÉALE, pour remédier aux rétrodéviations utérines, est l'opération vraiment ingénieuse.

C'est l'Alquier, en 1840, qui la proposa, mais elle ne fut exécutée qu'en 1881 par Alexander, qui la publia en 1882, alors qu'Adams, qui en avait décrit le manuel opératoire en 1882, fit sa première opération deux mois seulement après Alexander¹.

D'ailleurs, quelques observations suivies à l'hôpital Cochin ont donné de bons résultats.

Le principe en est très simple; on isole les ligaments ronds à leur sortie du canal inguinal et on les attire en dehors; on attirera en même temps le fond de l'utérus qui se rapprochera de plus en plus de la paroi abdominale antérieure.

Une incision de 6 à 8 centimètres parallèle à l'arcade crurale et située au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, permet de découvrir le ligament rond.

Celui-ci apparaît dans la graisse qui remplit la région, comme un cordon rose de volume très variable, dont les

1. FAURE et SIREDEY. *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*.

fibres semblent souvent se dissocier au sortir de l'orifice inguinal pour s'éparpiller dans la grande lèvre.

Avec un peu de patience et d'habitude, on l'isole et on l'attire en dehors, sans le rompre. La même chose est faite du côté opposé.

On réduit l'utérus soit par les doigts soit par une sonde, et les ligaments ronds étant découverts presque sur une longueur de 10 centimètres on les fixe soit par les catguts, qui traversent à la fois les lèvres du canal et du ligament rond, soit au ligament rond du côté opposé.

Roux, Chalot, Casati, Duret apportent des légères modifications à ce procédé. P. Delbet rapporte une statistique de 213 observations, dont aucun échec. Pozzi, Trélat, Cérillon, Schwartz assurent en avoir retiré des avantages réels.

Cette opération si inoffensive et qui donne de bons résultats a cependant un grave défaut, celui de remédier qu'aux *rétroversions très mobiles* et de ne permettre aucune intervention sur les lésions qui accompagnent si souvent les rétrodéviations. Ce procédé oblige les chirurgiens à fixer l'utérus redressé, par des moyens imparfaits, étant donné qu'on le fixe à l'aide de la portion externe du ligament rond, la partie la plus mince, la moins épaisse de ce ligament.

Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds

PROCÉDÉ DE RICHELOT-DOLÉRIS

Ce procédé opératoire, qui est supérieur à celui d'Alquier, parce qu'il donne des résultats éloignés excellents et, étant bénin, permet largement de voir ce qu'on fait, était critiqué fortement ces dernières années. Bazy¹ lui a reproché notamment de faire l'obstacle à l'ascension de l'utérus pendant la grossesse et de prédisposer les femmes aux occlusions intestinales. Sur 100 observations suivies et revues dans le service de M. le docteur Schwartz et celui de M. J.-L. Faure, aucun accident n'est noté, l'état général est bon. L'utérus garde toujours une bonne position; ces cas sont la meilleure réponse aux détracteurs de ce procédé. Le raccourcissement intrapéritonéal était pratiqué pour la première fois par Ruggie et Wyllie de New-York en 1886. Ils ont eu l'idée de faire une plicature du ligament rond près de la trompe utérine.

Dudley plisse le ligament rond, le raccourcit et le fixe à la paroi antérieure de la corne utérine.

Baldy et Dartigues ont décrit et exécuté, en 1905, un procédé élégant de la fixation de l'utérus.

1. L. BAZY. *Revue de gynécologie*, 1912, t. XVIII, p. 561.

Nous rapportons quelques observations où ce procédé était appliqué.

On traverse avec une pince de Kocher d'arrière en avant le ligament large et on ramène, à travers cette boutonnière, le ligament rond; la manœuvre pareille est faite du côté opposé.

On réunit l'un à l'autre les deux ligaments qu'on fixe à la paroi postérieure de l'utérus. On a une sorte de sangle qui maintient l'utérus en passant derrière lui.

Mais ce procédé n'a pas donné une correction définitive de l'axe utérin, vu la distension facile du ligament large, qui joue un rôle fort restreint dans la statique utérine, étant tout d'abord, comme Farabeuf l'a démontré, un large feuillet péritonéal qui englobe et conduit les vaisseaux vasculaires de l'utérus.

Le procédé de Doléris, qui consiste à faire une inclusion transpariétale des ligaments ronds, est infiniment supérieur à la simple plicature des ligaments, parce qu'elle utilise la portion solide du ligament qui est sa portion interne, ensuite parce que l'insertion inguinopubienne, qui est impuissante, est remplacée par une insertion très solide, parce que le principal point d'appui de cette insertion est la ligne blanche très résistante et solide à ce point.

Le premier procédé de Doléris, décrit en 1892, utilisait cette fixation; mais, en 1900, la technique était modifiée et on fait l'inclusion transpariétale du ligament rond à travers le muscle grand, droit, à 4 ou 5 centimètres du bord interne du muscle.

Voici l'exposé de la technique suivie dans le service de notre maître, M. le docteur Schwartz.

I. — PROCÉDÉ DE RICHELOT-DOLÉRIS

Opération en fixation dans la plaie de la laparotomie

Premier temps. — Laparotomie médiane, de 5 à 6 centimètres.

Deuxième temps. — Bascule légère de l'opérée; mise en place des valves écarteurs; redresser l'utérus en décollant les adhérences s'il y a lieu; rechercher les ligaments ronds, qu'on repère avec une pince de Kocher de chaque côté.

Troisième temps. — On les attire sans les rompre dans la partie inférieure de la plaie de laparotomie, et on les fixe par des points de suture au catgut au plan péritonéo-musculo-aponévrotique; on serre ensuite les fils.

Quatrième temps. — Sutures péritonéales, puis musculo-aponévrotiques.

Cinquième temps. — Sutures cutanées.

Variante. — Plusieurs fois, dans le cas de ligaments très longs, j'ai coupé les ligaments à 4, 5 centimètres de l'utérus, liant le bout périphérique et fixant alors les deux bouts centraux dans la partie inférieure de la plaie de la laparotomie.

II. — PROCÉDÉ DE DOLÉRIS MODIFIÉ

Opération en fixation transmusculaire

Les ligaments étant repérés et serrés, les valves écarteurs étant enlevés, on transfixe toute l'épaisseur de la paroi musculo-péritonéale avec une sonde cannelée ou une pince de Kocher de dehors en dedans, et on saisit l'anse du ligament rond, qu'on extériorise, au-devant de la paroi. Même manœuvre du côté opposé. On referme la paroi abdominale; péritoine, muscles, aponévroses, puis on suture ensemble au-devant les ligaments ronds, en ayant soin de mettre un ou deux points au niveau des perforations aponévrotiques, pour bien fixer les ligaments.

J'ai fait parfois le raccourcissement intrapéritonéal en suturant ligament contre ligament.

. . .

Résultats immédiats. — Le raccourcissement des ligaments ronds par la voie extra-péritonéale donne toujours d'excellents résultats. Les malades, d'emblée, éprouvent du soulagement; les douleurs périnéales avec irradiations vers les lombes, les fosses iliaques et la face externe des cuisses cessent. La constipation disparaît. Enfin, il est de règle d'observer après l'opération des menstruations régulières et normales.

Résultats éloignés. — Les résultats éloignés sont les plus favorables. Nous ne trouvons aucun cas de récurrence parmi nos observations, les malades étant revues dans un intervalle de temps très considérable. Ces malades allaient parfaitement bien et étaient contentes du résultat opératoire qu'elles avaient subi.

Non seulement à l'hôpital Cochin nous enregistrons les cas absolument guéris, depuis 1900 à 1917, mais nous trouvons presque 642 observations qui relatent les mêmes faits.

Gosset¹ rapporte 53 observations, dont aucune malade n'a eu aucun accident, ni incident.

Hivet² rapporte 30 observations ; toutes étaient revues et toutes allaient bien.

Fumey³, Pélavsky⁴ rapportent 58 observations, dont la plupart des malades étaient revues dans l'intervalle de dix ans et toutes allaient bien.

Jose Caballero⁵ rapporte 350 observations, dont les malades étaient opérées par le procédé de « néosertions ligamenteuses » qui est tout à fait identique à celui de Doléris décrit en 1900 et 1902.

Donc, le total de 752 observations nous permet d'affirmer que le procédé de Doléris donne des résultats éloignés excellents, amène l'utérus en position d'anté-

1. GOSSET. *Journal de chirurgie*, t. IX, 1912, p. 686.

2. HIVET. *Thèse de Paris*, 1900.

3. FUMEY. *Thèse de Paris*, 1899.

4. PÉLAVSKY. *Thèse de Paris*, 1916.

5. JOSE CABALLERO. *Revue de gynécologie*, 1913, p. 480.

version, normale, n'a aucune influence fâcheuse sur les grossesses et les accouchements.

Ce procédé permet de voir largement les lésions annexielles; les traiter en cas de besoin; pratiquer l'appendicectomie, l'appendice étant presque toujours malade, dans les cas de rétrodéviations utérines.

CONCLUSIONS

I. — Dans les cas de rétrodéviations utérines douloureuses et adhérentes, compliquées ou non d'annexite, l'intervention chirurgicale est indispensable.

II. — La plupart des procédés opératoires préconisés pour combattre les rétrodéviations utérines ont des inconvénients sérieux.

III. — La ligamentopexie par le procédé de Doléris pratiqué pendant dix-sept ans à l'hôpital Cochin présente des avantages réels qui doivent la faire rentrer *dans la pratique chirurgicale courante*.

1° C'est une opération à ciel ouvert.

2° L'opération remet définitivement l'utérus en bonne position. Sur 742 observations, aucune récurrence n'est notée.

3° La grossesse et l'accouchement évoluent normalement.

Vu :

Le Président de thèse,
PIERRE DELBET.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
G. POUCHET.

Vu et permis d'imprimer :

Pour le Vice-Recteur en congé,
L'Inspecteur chargé de l'Administration de l'Académie.

OBSERVATIONS

Service de M. le docteur Schwartz

1. — *Rétroflexion utérine. Ovarite double scléro-kystique.* Le raccourcissement intrapéritonéal est pratiqué le 5 février 1899. Revue le 8 juin 1917; l'état général est bon, la position de l'utérus est en antéversion normale.

2. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 19 ans. Le Doléris est pratiqué le 15 juillet 1900. Sort le 5 août, parfaitement guérie. Revue le 9 mars 1908; rétroversion parfaitement corrigée. Revue le 10 juin 1917; état général excellent; position de l'utérus normale.

3. — *Rétroversion utérine.* La malade, âgée de 33 ans, est opérée le 10 janvier 1915; Doléris. Revue le 3 mai 1916; état général bon; résultat excellent. Revue le 10 juin 1917; utérus en position normale.

4. — *Rétroversion utérine. Appendicite chronique.* La malade, âgée de 18 ans, est opérée le 7 février 1915; Doléris. Revue en 1916; état excellent. Revue le 8 juin 1917; utérus en bonne position.

5. — *Rétroversion utérine.* La malade, âgée de 31 ans, est opérée le 13 mars 1915; Doléris. Revue en 1917; utérus en bonne position.

6. — *Rétroversion. Appendicite chronique.* Le Doléris et l'appendicectomie sont faits le 17 avril 1915. Revue le 8 juin 1917; état général bon, résultat excellent.

7. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 19 ans. Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds, le 31 mai 1915. Revue en 1917; position excellente.

8. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 28 ans. Doléris le 24 mai 1915. Revue en 1917; position excellente.

9. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 38 ans. Doléris le

19 juin 1915. Revue le 10 juin 1917; utérus en antéversion normale.

10. — *Rétroversion utérine. Appendicite chronique.* Malade âgée de 24 ans. Doléris le 7 août 1915. Revue le 6 juin 1917; état excellent.

11. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 23 ans. Doléris le 16 octobre 1915. Revue le 10 juin 1917; état excellent.

12. — *Rétroversion utérine. Appendicite chronique.* Malade âgée de 44 ans. Doléris le 11 juillet 1914. Revue le 10 juin 1917; état général bon, utérus en bonne position.

13. — *Rétroversion utérine.* Doléris le 22 juillet 1914. Revue le 3 mai 1917; état bon.

14. — *Rétroversion utérine. Salpingite. Pelvi-péritonite.* Glace pendant un certain temps. Le Doléris est pratiqué le 27 mars 1914, les annexes enlevées. Revue en 1916; état bon. Revue en 1917; utérus en bonne position.

15. — *Rétroversion utérine. Salpingite double.* Malade âgée de 29 ans. Ligamentopexie intrapéritonéale le 1^{er} mars 1914; ablation des annexes. Revue le 10 juin 1917; état général bon, position de l'utérus normale.

16. — *Rétroversion utérine.* Doléris pratiqué le 20 octobre 1911. Revue le 8 juin 1917; état bon, rétroversion parfaitement corrigée.

17. — *Rétroversion utérine. Salpingite.* Malade âgée de 43 ans. Doléris le 22 octobre 1911. Ablation des annexes. Revue en 1917; état général excellent.

18. — *Rétroversion utérine.* Doléris le 20 octobre 1911. Revue le 20 mai 1914, enceinte de trois mois; accouche normalement le 3 novembre 1914. Revue le 26 août 1915, enceinte de sept mois; accouche normalement. Revue le 8 juin 1917; utérus en position normale.

19. — *Rétroflexion utérine.* Malade âgée de 36 ans. Doléris le 18 février 1913. Résultats excellents. Revue le 18 mai 1917; état de l'utérus normal.

20. — *Rétroversion utérine. Appendicite chronique.* Doléris le

18 décembre 1909. Bons résultats. Revue le 8 juin 1917; utérus en position normale.

21. — *Rétroversion utérine. Salpingite suppurée.* Doléris le 25 mars 1909; ablation des annexes. Sortie le 7 mai, guérie. Revue en 1916; revue le 8 juin 1917; utérus en bonne position.

22. — *Rétroversion.* Malade âgée de 23 ans. Doléris le 4 avril 1909. Revue le 28 mai 1917; état général bon.

23. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 33 ans. Doléris le 18 mai 1909; excision du corps jaune hémorragique et pédiculé. Revue le 17 mai 1917; état bon.

24. — *Rétroversion utérine. Appendicite chronique.* Malade âgée de 25 ans. Doléris le 15 février 1909; appendicectomie. Revue en 1917; position de l'utérus normale.

25. — *Rétroversion utérine. Appendicite chronique. Ovarite.* Malade âgée de 24 ans. Doléris le 27 avril 1909; en même temps, appendicectomie; ablation des ovaires. Revue le 10 juin 1917; position bonne.

26. — *Rétroversion.* Malade âgée de 25 ans. Doléris le 27 mai 1909. Revue le 23 juillet 1913, le 10 juin 1917; résultat excellent.

27. — *Rétroversion.* Malade âgée de 24 ans. Doléris le 20 mars 1909. Revue le 11 mai 1911, le 28 mai 1914, le 8 juin 1917; bonne fixation, état général bon.

28. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 30 ans. Doléris le 15 mai 1909. Revue le 3 novembre 1911, le 10 avril 1912, le 3 mai 1917; excellent résultat opératoire, utérus en bonne position.

29. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 25 ans. Doléris le 14 juin 1909. Revue le 10 juin 1917; résultat excellent.

30. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 20 ans. Doléris le 9 octobre 1908. Revue en juin 1910, le 7 novembre 1912; a eu un accouchement normal. Revue le 8 mai 1917; rétroversion très bien corrigée.

31. — *Rétroversion utérine. Prolapsus utérin.* Malade âgée de 50 ans. Raccourcissement intrapéritonéal le 16 décembre 1909.

32. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 33 ans. Raccour-

cissement intrapéritonéal le 26 août 1908. Revue en 1917; état excellent.

33. — *Rétroversion utérine. Appendicite chronique.* Malade âgée de 37 ans. Doléris et appendicectomie le 22 janvier 1907. Revue en novembre 1910, le 10 juin 1917; résultat excellent.

34. — *Rétroversion utérine.* Doléris le 25 janvier 1917. Revue le 10 juin 1917; résultat excellent.

Service de M. le docteur Faure

35. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 25 ans. Doléris le 30 janvier 1907. Accouchement normal le 7 juin 1909. Revue en juin 1917; résultat excellent.

36. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 20 ans. Raccourcissement par le procédé Baldy-Dartigues. Revue en juin 1917; position assez bonne, l'utérus en situation indifférente.

37. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 39 ans. Dartigues-Baldy est exécuté le 19 janvier 1907. Revue le 8 juin 1917; la rétroflexion est manifeste.

38. — *Rétroversion mobile.* Raccourcissement des ligaments ronds par le procédé de Doléris le 4 juin 1908. Revue le 10 juin 1917; résultat excellent.

39. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 25 ans. Doléris le 23 juillet 1908. Revue le 8 juin 1917; résultats excellents.

40. — *Rétroversion utérine. Prolapsus.* Malade âgée de 48 ans. Périnéorrhaphie, Doléris le 8 août 1908. Revue en 1916, le 8 juin 1917; résultat excellent.

41. — *Rétroversion.* Doléris le 17 octobre 1908. Revue en juin 1917; résultat excellent.

42. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 27 ans. Doléris le 28 novembre 1908. Grossesse et accouchement normal le 8 juillet 1913. Revue en juin 1917; résultat excellent.

43. — *Rétroversion. Appendicite.* Malade âgée de 30 ans. Doléris, appendicectomie le 7 décembre 1908. Revue en 1917, résultat excellent.

44. — *Rétroversion utérine*. Doléris le 23 novembre 1908. Sortie guérie le 20 décembre.

45. — *Rétroversion*. Malade âgée de 23 ans. Doléris et appendicectomie le 12 février 1908. Revue le 8 juin 1916; résultat excellent.

46. — *Rétroversion adhérente*. Malade âgée de 21 ans. Doléris le 20 mars 1908. Grossesse et accouchement le 8 novembre 1910. Deuxième grossesse et accouchement le 12 mai 1912. Revue en 1917; résultat excellent.

47. — *Rétroversion*. *Prolapsus*. Appendicectomie. Colpopérioraphie le 10 mai 1908. Doléris le 15 mai 1908. Sortie le 23 juin, guérie.

48. — *Rétroversion utérine*. Doléris se 25 mai 1908; appendicectomée en même temps. Revue le 3 novembre 1915, le 8 juin 1917; résultat excellent.

49. — *Rétroversion utérine, annexite*. Malade âgée de 25 ans. Doléris et ablation des annexes le 3 juillet 1908. Revue en juin 1917; résultat excellent.

50. — *Rétroversion utérine*. Doléris le 22 juin 1908: on reçoit des nouvelles de la malade en juin 1916; état général excellent.

51. — *Rétroversion utérine*. Malade âgée de 22 ans. Doléris le 29 juin 1908. Grossesse et accouchement normal le 15 juin 1911. Revue le 8 juin 1917; résultat excellent.

52. — *Rétroversion utérine*. Malade âgée de 25 ans. Dartigues le 2 septembre 1908. Sort guérie le 20 septembre. Revue en juin 1911.

53. — *Rétroflexion utérine*. *Prolapsus*. Doléris et périnéoraphie le 23 août 1908. Sort guérie le 25 septembre.

54. — *Rétroversion utérine*. *Appendicite chronique*. Malade âgée de 28 ans. Doléris et appendicectomie le 16 septembre 1908. Grossesse et accouchement normal le 18 novembre 1910. Revue le 8 juin 1917; résultat excellent.

55. — *Rétroversion utérine*. Malade âgée de 25 ans. Doléris le 28 septembre 1908. Revue le 10 juillet 1917; résultat excellent.

56. — *Rétroversion utérine*. Malade âgée de 26 ans. Doléris le 2 novembre 1909. Grossesse le 8 décembre 1914. Revue en juin 1917; résultat excellent.

57. — *Rétroversion. Appendicite chronique.* Doléris le 2 décembre 1909 et appendicectomie. Revue en novembre 1916, et le 8 juin 1917; résultat excellent.

58. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 33 ans. Doléris le 9 mai 1910. Sortie guérie le 20 juin.

59. — *Rétroversion utérine.* Doléris le 26 octobre 1909. Guérie le 27 novembre.

60. — *Rétroversion utérine.* Doléris le 2 novembre 1909. Revue le 8 juin 1917, la malade a eu deux grossesses et accouchements normaux. La première le 5 mai 1913; la deuxième le 17 février 1914.

61. — *Rétroversion utérine. Appendicite chronique.* Malade âgée de 21 ans. Doléris le 27 octobre 1909; appendicectomie. Accouchement à terme le 7 juin 1913. Revue le 10 juin 1917; résultat excellent.

62. — *Rétroversion utérine. Appendicite.* Malade âgée de 28 ans. Doléris le 25 juillet 1914. Revue le 10 juin 1917; résultat excellent.

63. — *Rétroversion utérine.* Doléris le 14 janvier 1914; appendicectomie. Revue le 8 juin 1917; résultat excellent.

64. — *Rétroversion.* Malade âgée de 30 ans. Appendicectomie et doléris le 20 janvier 1913. Revue en 1916; résultat bon.

65. — *Rétroversion adhérente. Appendicite chronique.* Malade âgée de 25 ans. Doléris le 8 mars 1913. Sortie le 25 mars. Accouchement normal en 1915.

66. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 28 ans. Doléris le 18 février 1913. Revue en juin 1917; résultat excellent.

67. — *Rétroversion adhérente. Annexite gauche.* Malade âgée de 25 ans. Doléris le 29 avril 1913. Revue en juin 1917, résultat bon.

68. — *Rétroversion.* Doléris et appendicectomie le 8 avril 1913. Sortie le 15 mai. Revue le 10 juin 1917; résultat excellent.

69. — *Rétroversion utérine. Appendicite chronique.* Malade âgée de 24 ans. Doléris le 15 avril 1914. Sortie le 18 juin. Revue le 8 juin 1917; a eu un accouchement normal le 21 octobre 1916.

70. — *Rétroversion. Appendicite chronique.* Doléris le 1^{er} avril

1914, appendicectomie. Revue le 10 juin 1917; résultat excellent.

71. — *Rétroversion, annexite, appendicite chronique.* Doléris le 4 avril 1914. Revue le 8 juin 1917; résultat excellent; a eu un accouchement normal le 24 avril 1916.

72. — *Rétroversion utérine. Prolapsus.* Malade âgée de 24 ans. Doléris le 23 juillet 1907. Revue en juin 1907; résultat bon. Accouchement le 29 novembre 1911. Prolapsus existe.

73. — *Rétroversion et ptose utérine.* Doléris le 27 février 1912; sort guérie le 12 mars.

74. — *Rétroflexion utérine.* Dartigues le 19 février 1906. Revue en juin 1917; résultat bon.

75. — *Rétroversion, annexite gauche.* Malade âgée de 30 ans. Dartigues le 30 avril. Revue en juin 1913; résultat bon.

76. — *Rétroversion.* Malade âgée de 38 ans. Doléris le 17 octobre 1908. Revue en mars 1916, en juin 1917; résultat excellent.

77. — *Rétroversion. Métrite.* Malade âgée de 35 ans. Doléris le 30 janvier 1906. Revue le 10 juin 1917; résultat excellent.

78. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 28 ans. Doléris le 19 janvier 1907. Accouchement le 7 février 1911. Revue le 8 juin 1917; bonne position.

79. — *Rétroversion. Annexite gauche. Appendicite chronique.* Malade âgée de 27 ans. Doléris le 30 janvier 1909. Revue le 10 juin 1917; résultat excellent.

80. — *Rétroversion.* Malade âgée de 25 ans. Doléris le 8 juin 1907. Guérie le 19 juin.

81. — *Rétroversion.* Malade âgée de 18 ans. Doléris le 22 juin 1900. Guérie le 3 mai. A eu un accouchement normal le 8 novembre 1910.

82. — *Rétroflexion.* Doléris le 19 octobre 1909. Revue le 8 juin 1917; résultat bon.

83. — *Rétroversion.* Doléris le 23 février 1907. Revue le 10 juin 1917; résultat bon.

84. — *Rétroversion, ligamentopexie* le 10 février 1907. Revue le 11 novembre 1917; bonne position utérine.

85. — *Rétroversion utérine.* Malade âgée de 28 ans. Doléris le

4 mai 1907. Guérie le 18 mai. Revue le 10 juin 1917; l'utérus en place.

86. — *Rétroversion*. Doléris le 20 mars 1909. Revue le 18 mars 1916; Résultat excellent,

87. — *Rétroversion utérine*. Malade âgée de 28 ans. Doléris le 26 août 1909. Revue en 1911; résultat bon.

88. — *Rétroversion. Appendicite chronique*. Doléris le 5 juin 1912, appendicectomie. Revue le 10 juin 1917.

89. — *Rétroversion utérine*. Malade âgée de 28 ans. Doléris le 2 avril 1912. Revue le 11 juin 1913; résultat excellent.

90. — *Rétroversion*. Doléris et appendicectomie, le 8 mars 1912. Résultat bon. Revue le 8 juin 1914; utérus en bonne position. Grossesse et accouchement normal le 28 avril 1915.

91. — *Rétroversion utérine*. Opérée le 4 juillet 1901 par le procédé d'Alquier-Alexander. Revue en juin 1917; état général bon. La rétrodéviatiôn est réduite.

92. — *Rétroflexion adhérente. Hypertrophie du col*. Curettage. Amputation du col. Doléris le 15 juillet 1915. Revue le 5 juin 1917; l'utérus est en place.

93. — *Rétroversion utérine*. Hystéropexie abdominale le 31 octobre 1911. Revue le 11 novembre 1916; douleurs au niveau de la cicatrice.

94. — *Rétroversion utérine*. Hystéropexie abdominale le 19 mai 1905. Revue le 9 mai 1908. L'utérus en place douleurs insupportables.

95. — *Rétroversion utérine mobile*. Raccourcissement par le procédé de Dartigues le 8 juin 1912. Sort guérie.

96. — *Rétroflexion utérine mobile*. Dartigues le 12 juin 1912. Sont guéries.

97. — *Rétroversion utérine. Annexite double*. Malade âgée de 30 ans. Hystérectomie vaginale le 30 décembre 1900. Revue en juin 1916. Douleurs vésicales. Prolapsus utéro-vaginal.

98. — *Rétroversion utérine*. Doléris le 20 mars 1909. Revue le 8 juin 1917; état général bon; a eu depuis l'opération deux accouchements : l'un à terme en 1914, l'autre à terme en 1915, mais présentation du siège.

99. — *Rétroversion utérine*. Malade âgée de 24 ans. Doléris le 5 juin 1912. Revue le 10 juin 1917; état bon.

100. — *Rétroflexion utrine*. Malade âgée de 24 ans. Doléris le 28 mai 1912. Revue le 8 juin 1917; l'utérus est en place.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL. — *Bulletin médical*, 1896.

ARAN. — *Traité des maladies des femmes*.

AUVARD. — *Dictionnaire de sciences médicales*. t. XXIII, p. 614.

BAZY. — *Revue de gynécologie*, t. XVIII. 1912.

JOSÉ CABALLERO. — *Revue de gynécologie*, 1913, p. 401.

DELBET. — *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, t. VIII.

DOLÉRIS. — *La Gynécologie*, 1898; *la Gynécologie*, 1899; *la Gynécologie*, 1902; *Gazette des hôpitaux*, 1899.

FUMEY. — *Thèse de Paris*, 1889.

FIGUÉRA. — *Thèse de Paris*, 1902-1903.

HIVET. — *Thèse de Paris*, 1900.

LE DENTU. — *Leçons sur le traitement des rétroversions utérines*.

PICHEVIN. — *Traité de gynécologie*.

TRÉLAT. — *Semaine médicale*, 1881-1889.

TERRIER. — *Bulletin médical et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1889.

WYLLIE. — *American journal of obstetrique*, mai 1889.

FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*.

GOSSET. — *Journal de chirurgie*, t. IX, 1912, p. 685.

POZZI. — *Traité de gynécologie*.

— *Bulletin médical*, 1888.

— *Gazette médicale*, 1888.

— *Bulletin médical*, décembre 1888.

NAULLEU. — *Thèse de Paris*, 1899.

LANDRON. — *Thèse de Paris*, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
La rétrodéviatiou utérine	11
Diagnostic.	16
Hystéropexie.	23
Ligamentopexies	30
Conclusions	38
Observations.	39
Bibliographie	47

